

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## بررسی کسورات بیمه ای

استاد ناظر: جناب آقای دکتر کیایی

اعضای پنل علمی:  
جناب آقای دکتر کلهر  
جناب آقای دکتر احدی نژاد



دانشگاه علوم پزشکی قزوین

Conclusion

Result

Methods

Introduction

❑ بیمارستان ها به عنوان بزرگترین مرکز ارایه مراقبت های بهداشتی و درمانی به آحاد جامعه و همچنین بیمه شدگان سازمان های بیمه گرمحسوب می شوند و بخش عمده منابع و اعتبارات تخصیص یافته به بخش بهداشت و درمان کشور را به خود اختصاص می دهند.

❑ افزایش روز افزون هزینه های خدمات درمانی، بیمارستان ها را به صورت یکی از سازمان های مهم و در عین حال پرهزینه در آورده است. در طی سالیان اخیر، در اغلب کشورهای جهان هزینه ارائه خدمات در بیمارستان ها به شدت افزایش یافته و این مساله موجب توجه خاص به کاهش هزینه های بیمارستانی گردیده است .

❑ از مهم ترین مسائلی که همواره توجه، دقت و کوشش مدیران بیمارستان ها را به خود معطوف داشته، تسلط و کنترل وضعیت مالی بیمارستان و تأمین منابع مورد نیاز جهت اداره ی بیمارستان می باشد.

## Conclusion

## Result

## Methods

## Introduction

از جمله منابع درآمدی بیمارستان ها با توجه به قانون بیمه همگانی، ارایه و فروش خدمات به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان های بیمه گر می باشد.

سازمان های اصلی بیمه گر کشور شامل **بیمه تامین اجتماعی**، **بیمه سلامت**، **بیمه درمانی نیروهای مسلح و بیمه کمیته امداد امام خمینی (ره)** هستند. اما آنچه مسلم است بیمارستان ها در برخی جهات با این سازمان ها مشکل دارند. مهمترین دلیل این امر هزینه هایی است که تحت عنوان **کسورات** معمولاً همراه توسط این سازمان ها پس از رسیدگی به اسناد مالی بیمارستان ها از سرمبالغ درخواستی کسر می شود.

در حقیقت کسورات به معنای تفاوت ریالی میان آنچه که در قبال ارائه خدمت (بر اساس تعرفه های مصوب) باید وصول شود و آنچه که عملاً وصول میشود تعریف شده است.

فرایند تبدیل خدمت به درآمد شامل مراحل **انجام خدمت، ثبت خدمت، ارسال مستندات و در نهایت وصول درآمد** است. بدیهی است که کسورات در هر کدام از مراحل فوق می تواند اتفاق افتد. بعضی مواقع ممکن است در بیش از یک مرحله و یا تمامی مراحل به صورت همزمان کسورات ظاهر شوند.

## Conclusion

## Result

## Methods

## Introduction

❑ کسورات بیمارستانی علاوه بر اینکه مبالغ قابل توجهی از منابع و درآمدهای بیمارستانی را هدر داده و توان مالی بیمارستان را کاهش میدهند، از طرفی بار مالی فزاینده ای را به بیمار تحمیل مینماید.

❑ مدیران بیمارستان ها با آگاهی از علل کسورات بیمه ای باید اقدامات لازم را برای کاهش آن به کار گیرند. بررسی علت کسورات و یافتن راهکار مناسب برای کاهش آن امری ضروری است.

❑ مهمترین علل کسورات پرونده های بستری شدگان شامل کدگذاری غلط اعمال جراحی و اضافه درخواست در K اعمال جراحی، اضافه درخواستی در هزینه های اتاق عمل، اضافه درخواستی حق الزحمه بیهوشی و رعایت نکردن مقررات عمومی تعرفه، اشتباه در محاسبه، اضافه قیمت و تفاوت تعرفه های عادی و گلوبال، نقص مدارک و پرونده بیمار نظیر نداشتن دستور پزشک، نداشتن جواب آزمایش، نداشتن جواب رادیولوژی، نداشتن دستور مشاوره، عدم مهر و امضای پزشک و مخدوش بودن نسخ می باشد.

# تأثیر مدیریت کیفیت بر کاهش کسورات بخش اعمال جراحی بیمارستان ولیعصر

نویسنده: علی محمد مصدق راد  
استاد یار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت  
دانشگاه علوم پزشکی تهران

نام مجله: فصلنامه بیمارستان  
سال چاپ: ۱۳۹۵

## هدف از مطالعه

هدف از این پژوهش کاهش کسورات بخش اعمال جراحی بیمارستان ولی عصر با استفاده از مدل مدیریت کیفیت ده مرحله ای مصدق راد بوده است.





# Introduction

❑ تامین منابع مالی مورد نیاز، کنترل درآمد و هزینه ها، جلوگیری از هدررفت منابع و افزایش کارایی بیمارستان ها امری اجتناب ناپذیر است.

❑ اکثر پژوهش های انجام شده در کشور در زمینه کسورات صورتحساب ها به تعیین میزان کسورات اعمال شده توسط بیمه ها و علل آن پرداختند با توجه به تعداد خدمات تخصصی ارائه شده در بخش اعمال جراحی و درآمد زا بودن آن، کسورات زیادی متوجه این بخش می شود. کسورات بخش اعمال جراحی بیمارستان ولی عصر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بالا است.

## Conclusion

## Result

## Methods

## Introduction

این پژوهش کاربردی با استفاده از روش **اقدام پژوهشی مشارکتی** Participatory Action Research انجام شده است.

در این نوع پژوهش مشارکتی پژوهشگر از جایگاه مشاهده گر محض خارج شده و همراه با سایر افراد حاضر در محیط پژوهش و کسانی که با مشکل مواجه هستند، مساله را شناسایی کرده، با کمک هم راه کارهایی را پیدا کرده، ارزیابی می کنند و به اجرا در می آورند.

جامعه آماری مورد مطالعه شامل کارکنان و بیماران بخش اعمال جراحی بیمارستان ولی عصر (عج) بوده است.

بخش اعمال جراحی بیمارستان ولی عصر شامل ۱۶ اتاق عمل در گروه های گوش، حلق و بینی، جراح عمومی، پلاستیک، زنان و نازایی، توراکس، جراحی اعصاب و برونکوسکوپی است.

برای انجام این پژوهش، گروه بهبود کیفیت بخش اعمال جراحی شامل مدیر بیمارستان، سرپرستار اتاق عمل، مسئول دفتر حاکمیت بالینی، مسئول درآمد بیمارستان، رئیس اتاق عمل و دو نفر از کارشناسان واحد درآمد تشکیل شد.

## Conclusion

## Result

## Methods

## Introduction

- ❑ در این مطالعه نمونه گیری صورت نگرفته و اطلاعات مربوط به کسورات جراحی تمامی پرونده های بیماران بخش اعمال جراحی در محاسبات وارد شد.
- ❑ به طور کلی ۲۶ جلسه برای شناسایی فرایندهای کاری، استانداردسازی فرآیندها، تعیین علل کسورات، برنامه ریزی و انجام مداخلات اصلاحی تشکیل شد.
- ❑ اهداف فرآیندهای کاری تعیین شده و برنامه عملیاتی برای دستیابی به آنها نوشته شد. سپس مداخلات لازم برای کاهش کسورات از جمله ایجاد واحد کنترل کیفی، انتخاب مسئول کنترل کیفی به عنوان پاسخ گو نسبت به کسورات جراحی، برگزاری برنامه های آموزشی برای کارکنان بخش و تعامل هرچه بیشتر با بیمه به اجرا درآمد.
- ❑ نتایج ایجاد چنین واحدی عبارت بودند از رسیدگی به روز پرونده ها، ثبت به موقع در نرم افزار، گزارش علل کسورات، برگزاری کلاس های آموزشی و شناسایی کدهای در عدم تعهد سازمان های بیمه گر.

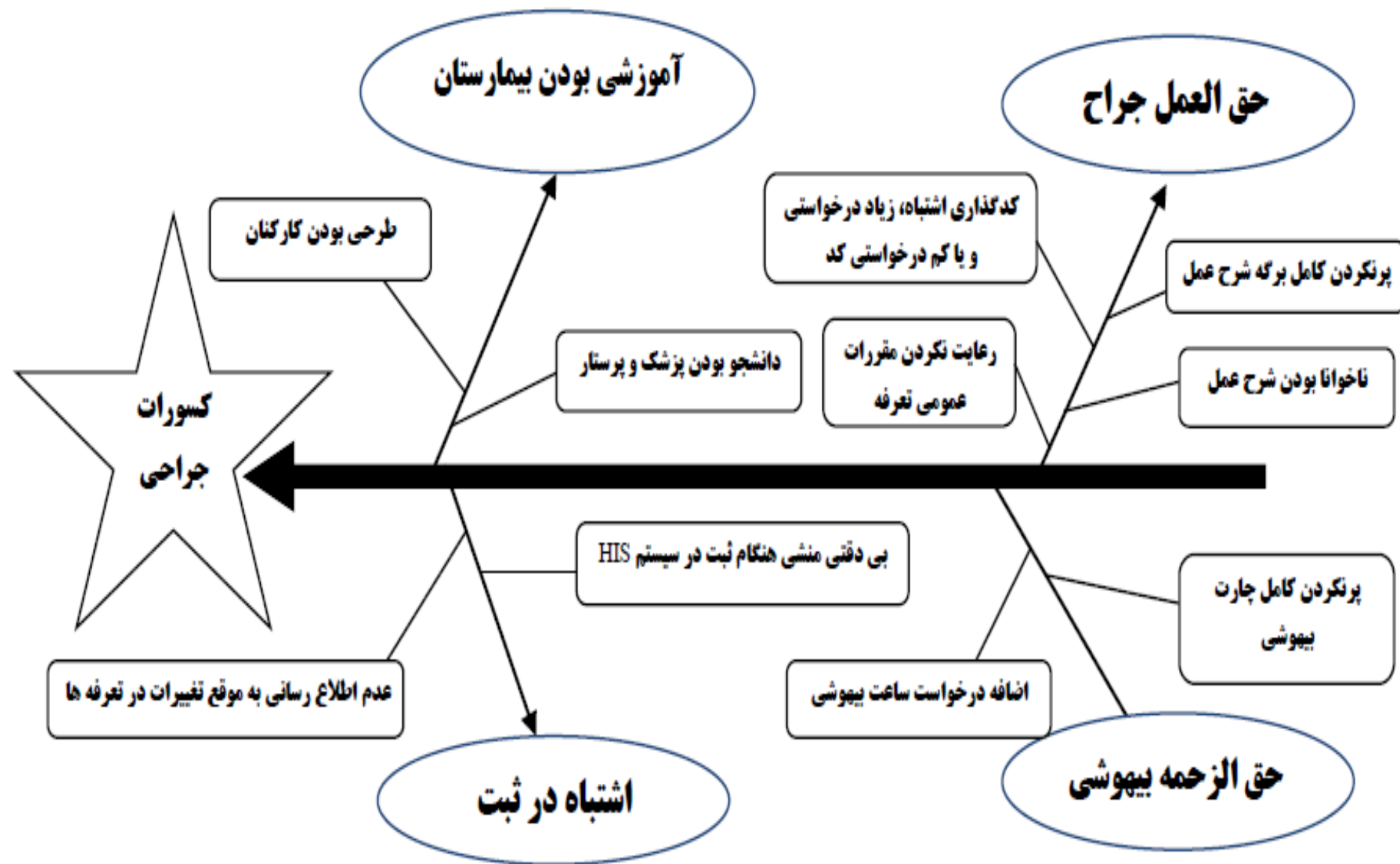
Conclusion

**Result**

Methods

Introduction

- ❑ مداخله در نیمه اول سال ۱۳۹۳ انجام شد. در نهایت داده های مربوط به کسورات جراحی سال ۱۳۹۳ جمع آوری و با داده های مشابه دوره زمانی سال قبل مقایسه شد.
- ❑ از انجایی که کسورات بخش اعمال جراحی به علت وسعت دامنه فعالیت ها همیشه مورد توجه سازمان های بیمه بوده است برای نزدیک شدن به این مهم ، کسورات از ۶/۹ درصد در شش ماهه اول سال ۱۳۹۲ به ۳/۹ درصد در شش ماه اول سال ۹۳ با توجه به امکانات و محدودیت های بیمارستان تعیین شد.
- ❑ کسورات جراحی شامل کسورات وارد شده به جراحی، بیهوشی، لوازم مصرفی و داروها و کمک جراح و اتاق عمل می باشد. با استفاده از نمودار استخوان ماهی علل موثر بر عملکرد فرایند مربوطه گروه بندی شد.



## Conclusion

## Result

## Methods

## Introduction

□ میزان کسورات در شش ماهه اول سال ۹۲ برابر با ۱۵۸۶۸۲۲۶۶۵ ریال و در شش ماهه اول سال ۹۳ مبلغ ۱۴۱۱۸۵۸۸۴۲ ریال بود. این در حالی است که درآمد این بخش در شش ماه اول سال ۹۲ برابر با ۲۲۸۹۷۸۷۳۹۵۸ ریال و در شش ماهه اول سال ۹۳ مبلغ ۳۷۱۵۴۱۸۰۰۶۲ ریال بوده است. میزان کسورات شش ماهه اول سال ۹۳ نسبت به مدت زمان مشابه سال قبل مبلغ ۱۷۴۹۶۳۸۲۲ ریال کاهش داشته است.

□ با این وجود این میزان کاهش باید در مقایسه با درآمد افزایش یافته در بخش مورد مقایسه قرار گیرد. از آنجایی که درآمد بخش در این مدت ۱۴۲۵۶۳۰۶۱۰۴ ریال افزایش داشته است می توان نتیجه گرفت که مدل مدیریت کیفیت توانست ۴۴/۹ درصد کسورات بخش اعمال جراحی را کاهش دهد .

Conclusion

Result

Methods

Introduction

۱۳۹۳	۱۳۹۲	
۴/۱	۵/۸	فروردین
۴/۱	۵/۲	اردیبهشت
۴	۷/۶	خرداد
۳/۶	۷/۲	تیر
۳/۵	۵/۶	مرداد
۳/۵	۱۰/۲	شهریور
۳/۸	۶/۹	میانگین

## Conclusion

## Result

## Methods

## Introduction

- ❑ اجرای یک مدل مناسب مدیریت کیفیت می تواند در کاهش کسورات صورتحساب ها و افزایش درآمد های بیمارستانی موثر باشد. در مدل مدیریت کیفیت استرژیک تاکید بر این است که کار درست باید به درستی انجام شود .
- ❑ اقدام پژوهی به عنوان یک روش پژوهش از قابلیت بالایی برای بهبود فرآیند های کاری و ارتقای بهره وری برخوردار است. مشارکت کارکنان در اجرای برنامه های بهبود کیفیت ضروری است.
- ❑ این پژوهش در بخش اعمال جراحی بیمارستان ولی عصر تهران انجام شد. بنابراین، نتایج قابل تعمیم به سایر بیمارستان ها نمی تواند باشد. پیشنهاد میشود پژوهش های مشابه در سایر بیمارستان های کشور اجرا شود تا با ارتقای فرایندهای کاری مرتبط موجب کاهش هزینه های غیرضروری شود.



Conclusion

Result

Methods

Introduction

### محدودیت:

از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به مقاومت برخی از کارکنان نسبت به تغییر اشاره کرد. آموزش کارکنان و توجیه تغییر و بیان منافع آن برای کارکنان نقش بسزایی در همکاری آنها در برنامه های تغییر سازمانی دارد. همچنین تغییرات مدیریتی در بیمارستان ها و تغییرات اعمال شده از طرف وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی از عوامل محدود کننده بود.

# A qualitative study of DRG coding practice in hospitals under the Thai Universal Coverage Scheme

یک مطالعه کیفی از برنامه نویسی DRG در بیمارستان های تحت پوشش جهانی تایلند

Author :Krit Pongpirul

Journal: BMC Health Services Research 2011

## هدف از مطالعه

هدف از این مطالعه، مشخص ساختن ساختار و روند برنامه نویسی بیمارستان و توصیف نقش کارکنان کلیدی بیمارستان و دیگر پویایی های مرتبط در بیمارستان های تایلندی است که بر کیفیت اطلاعات ارائه شده برای بازپرداخت های مراقبت های بیمارستانی تأثیر می گذارد.



# Introduction



DRG

- ❑ DRG طرح طبقه بندی بیماران بستری است، طبقه بندی بیمارانی که از نظر تشخیص و درمان پزشکی مرتبط هستند و از نظر آماری طول مدت اقامت یکسان یا مشابه دارند.
- ❑ DRG نوعی طبقه بندی است تا تمام بیمارانی را که دارای هزینه بیمارستانی یکسان می باشند در یک گروه قرار دهند. استفاده از DRG می تواند منجر به برنامه نویسی شود.
- ❑ هیات پزشکان کلیه تشخیصهای اصلی احتمالی را به ۲۵ طبقه تشخیص اصلی طبی و جراحی تقسیم کرده است که طبقات تشخیص اصلی MDC نامیده می شوند.
- ❑ هر یک از گروههای طبقه بندی تشخیص وابسته با توجه به موارد زیر مشخص می گردد:
  - ۱- تعیین دقیق و درست کد ICD با توجه به تشخیص صحیح و مناسب در دوره ی درمان و اقدامات انجام شده در طی مراقبت از بیمار ۲ - سن بیمار ۳- جنس بیمار ۴- وضعیت بیمار در هنگام ترخیص.

## Conclusion

## Result

## Methods

## Introduction

- ❑ در طرح پوشش جامع بیمه بهداشتی تایلندی، ارائه دهندگان بیمارستان ها برای مراقبت های بستری خود از روش پیشنهادی مبتنی بر گروه های تشخیصی وابسته استفاده می کنند که برای آن ها کیفیت تشخیص و روش های انجام شده بسیار مهم است.
- ❑ استفاده از ICD، با این حال، می تواند منجر به تنظیمات برنامه نویسی یا دستکاری ها شود، زیرا بیمارستان ها ممکن است بیشتر با توجه به تشخیص و کدهای دستورالعمل گزارش دهند که بازپرداخت بیشتر می شود.
- ❑ این ممکن است قابل قبول باشد اگر کدینگ نشان دهنده شرایط واقعی بیمار است که ممکن است منابع بیمارستانی بیشتری مصرف کند. با این حال، ممکن است که برخی از تغییرات در شیوه های برنامه ریزی بیمارستان بر نیازهای بیمار تمرکز نکنند.
- ❑ این پدیده "خزش" DRG نامیده می شود، که به عنوان "عمدی" تعریف شده است: تغییر در ترکیب پرونده گزارش شده بیمارستان به منظور بهبود بازپرداخت.

## Conclusion

## Result

## Methods

## Introduction

□ طبق BCMA، فرایند برنامه نویسی شامل دو مرحله عمده می شود. اولین گام پس از تخلیه بیمار زمانی است که پزشک مسئول تشخیص و تمام فعالیت های بالینی را با یک استاندارد مقایسه می کند که فرم خلاصه تخلیه نامیده می شود. از اطلاعات مراقبت های بالینی واقعی و پرونده پزشکی استفاده می شود تا خلاصه ای کامل و دقیق ارائه می دهد. در مرحله دوم، کدنویسی انجام می شود که با توجه به اطلاعات مربوط در خلاصه تخلیه تعیین می گردد.

□ برنامه نویسان ممکن است بخواهند به عقب برگردند و به سوابق پزشکی نگاه کنند یا در صورت شک و تردید با پزشک صحبت کنند.

□ مانند سایر حرفه های بهداشتی، اکثر آنها معمولاً در بیمارستان های بزرگ در مناطق شهری کار می کنند. بیمارستان ها برای کدنویسی معتبر باید برخی از کارکنان را برای شرکت در کارگاه ها اعزام کنند تا مهارت های لازم را جهت برنامه نویسی ایده ال کسب کنند.

## Conclusion

## Result

## Methods

## Introduction

- این پژوهش شامل مصاحبه نیمه ساختاری کیفی می باشد که با ۴۳ نفر از اعضای ۱۰ بیمارستان تایلندی انجام شد. که طیف وسیعی از اندازه بیمارستان (کوچک متوسط بزرگ) محل (شهری و روستایی) و نوع (خصوصی و عمومی) در نظر داشت.
- یک نامه کتبی و راهنمای مصاحبه به منظور دسترسی به مدیران بیمارستان جهت مصاحبه با کارکنان فرستاده شد. مصاحبه نیمه ساختار یافته به صورت شخصی انجام شد.
- دور اول مصاحبه با ۳ نفر از افراد کلیدی که با پرونده های برنامه نویسی داده ها، واحد مالی و فرایند های سیاست آشنا بودند که توسط مدیر بیمارستان شناسایی شده بودند آغاز شد.
- از کدنویسان داده ها و سایر مسئولین خواسته شد تا فرایند برنامه نویسی، جنبه های فنی و سایر مشکلات مهم را توضیح دهند. کارکنان مالی در مورد وضعیت مالی بیمارستان و میزان تأثیر این بودجه بازپرداخت خاص نسبت به سایر منابع درآمد مورد سؤال قرار گرفتند. از مدیر بیمارستان یا یک عضو از هیئت مدیره در مورد تغییرات اخیر در سیاست بیمارستان، مدیریت و مقررات مربوط به برنامه ریزی بیمارستان خواسته شد تا توضیحات لازم را بیان نماید. سپس از هر مصاحبه شونده خواسته شد تا کارمندان دیگر را که ممکن است کمک کننده باشند را شناسایی کنند.

## Conclusion

## Result

## Methods

## Introduction

- ❑ مصاحبه ها هر زمان که ممکن بود ضبط می شد. هر واحد اطلاعات مصاحبه یک کد برای نشان دادن ویژگی های پاسخ دهنده و بیمارستان اختصاص داده شد.
- ❑ فرایند برنامه نویسی با پیش کشیدن مسائل و پرسش های پیشین از اهداف مطالعه، مسائل مطرح شده توسط پاسخ دهندگان و همچنین موضوعاتی که در داده ها دوباره تکرار شده بود با دستیارهای تحقیقاتی که در کارهای میدانی مشارکت داشتند، مورد بحث قرار گرفت.
- ❑ طرح کدگذاری شامل ۹۹ کدهای خاص سازمان یافته در موضوعات مختلف بود. نسخه نهایی طرح کدگذاری برای کد کردن تمام رونوشت ها استفاده شده است.
- ❑ برای کمک به تجزیه و تحلیل داده های کیفی نرم افزار ۶ Atlas.ti مورد استفاده قرار گرفت.



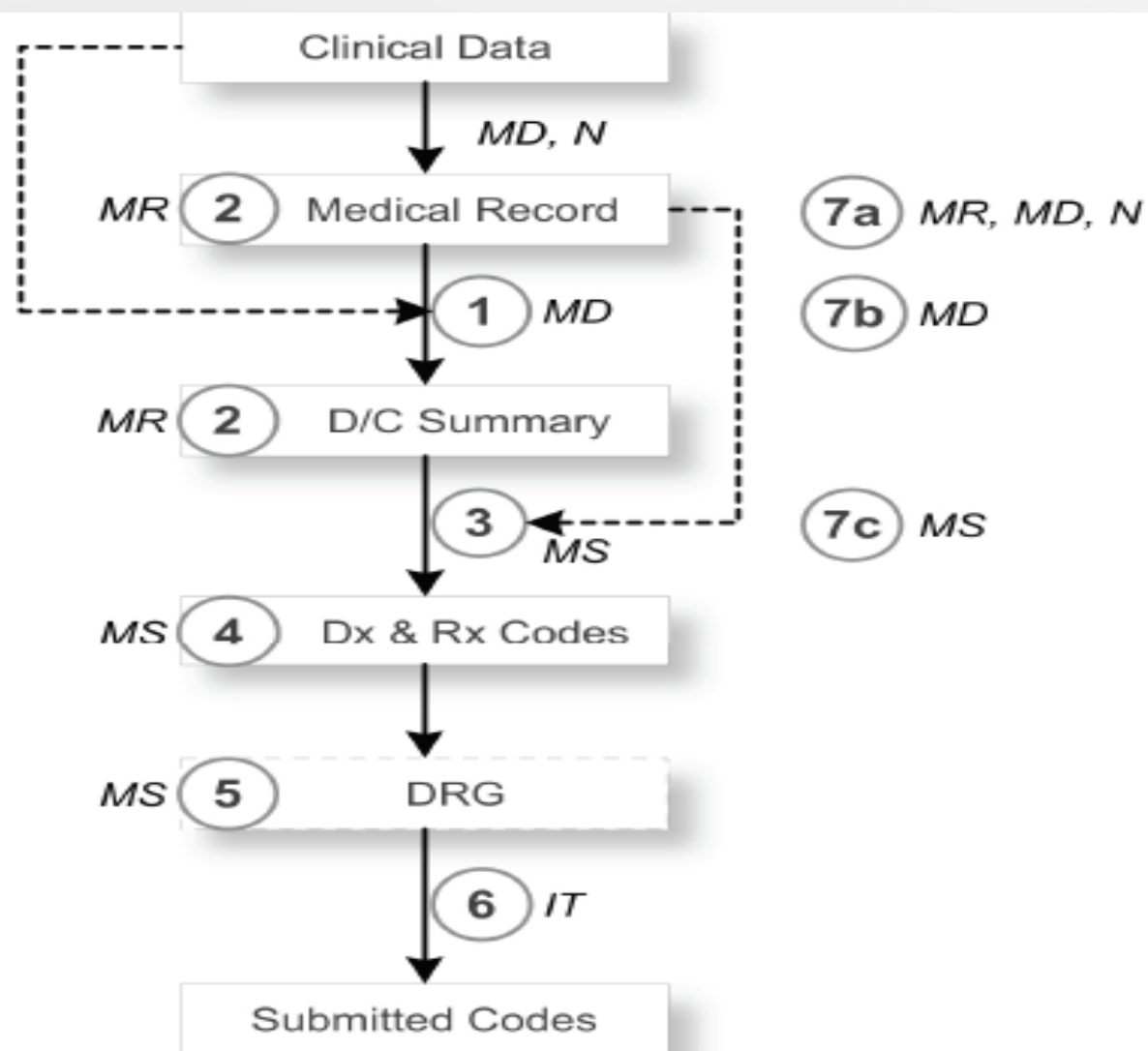
## Conclusion

## Result

## Methods

## Introduction

- ❑ تمرینات کدگذاری بیمارستان دارای اجزای **ساختاری و فرآیند** است. جزء ساختاری شامل منابع انسانی، کمیته بیمارستان، زیرساخت های فناوری اطلاعات و مولفه فرآیند شامل تمام فعالیت ها از ترخیص بیمار تا ارائه تشخیص و کدهای پرونده است.
- ❑ حداقل هشت رشته تخصص بهداشتی در فرایند برنامه ریزی دخیل هستند: آمار پزشکی، پرستار، پزشک، کارکنان بهداشت عمومی / پزشکان عمومی، کارکنان پیراپزشکی، فناوری اطلاعات، کارکنان مالی / حسابداری.
- ❑ برنامه نویسی شامل هفت مرحله عمده است: (۱) **خلاصه شدن تخلیه، (۲) بررسی کامل بودن، (۳) تشخیص و کدگذاری پرونده، (۴) بررسی کد، (۵) چالش نسبی وزن، (۶) گزارش کدگذاری، و (۷) حسابرسی داخلی.**
- ❑ عملکرد کدگذاری بیمارستان ها می تواند تحت تاثیر عوامل زیر باشد: دینامیک داخلی، زمینه مدیریتی، منابع و ظرفیت، و عوامل خارجی.



### Hospital Coding Process

- ① Discharge Summarization
- ② Completeness Checking
- ③ Diagnosis and Procedure Coding
- ④ Code Checking
- ⑤ Relative Weight Challenge
- ⑥ Coding Report
- ⑦ Internal Audit
  - 7a Medical Record
  - 7b Summary
  - 7c Coding

### Actors

MD	Physician
N	Nurse
MS	Medical Statistician
MR	Medical Record
IT	Information Technology
PH	Public Health / Paramedics
FA	Finance / Accounting
OT	Others
(...)	Specially appointed

## Conclusion

## Result

## Methods

## Introduction

❑ با کنار گذاشتن مسئله خزش DRG، مشخص است که کد نویسی برای کیفیت داده ها ضروری است. نتایج نشان می دهد که فرصت هایی از قبیل انجام کارگاه های بیشتر برای افزایش در دسترس بودن برنامه نویسان نیمه وقت و همچنین افزایش بیشتر تعداد آمارگیران پزشکی برای بهبود وجود دارد .

❑ با وجود مشکلات در مقایسه سیستم های DRG در سراسر کشور، یک فرض معمول این است که ارائه دهندگان بیمارستان ها باید قادر به ارائه تشخیص ونحوه ی کدگذاری با کیفیت قابل قبول باشند .

❑ این مطالعه کیفی هر دو ساختار و اجزای فرآیند تمرین برنامه نویسی بیمارستان را توضیح داد. با توجه به تعدادی از عوامل، در برابر این فرضیه مطرح شد که بیمارستان ها با پزشکان و گواهینامه های معتبر تجهیز شده اند و بنابراین قادر به ارائه تشخیص و کد های پرونده با کیفیت بالا هستند.

# Final Conclusion

- ❑ با توجه به کمبود منابع بیمارستانی، کسورات بیمارستانی از عواملی هستند که مشکلات محدودیت منابع را در بیمارستان مضاعف می نماید.
- ❑ هدف از بازبینی اسناد ارائه شده توسط بیمارستان های طرف قرارداد، جلوگیری از استفاده نابجا، مکرر و غیرضروری از نظام بیمه ای می باشد. لذا ضروری است که مشخص شود اولاً، کدام صورتحساب لزوم به غربالگری داشته و دوماً، در چه مواردی باید بررسی دقیق نیز صورت گیرد و چه مواردی نیاز به انضمام مدارک بیشتر دارد. هنگامی که اشتباه محاسباتی کشف می شود هدف نهایی دو جنبه دارد: اول جلوگیری از ضرر و زیان به سیستم و مورد دوم، ایجاد انگیزه در فراهم آوردن بهبود خدمت.
- ❑ در راستای اصلاح و ارتقای نظام درآمد در بیمارستان ها، بررسی فرایند ثبت خدمات انجام شده برای بیماران در سیستم نرم افزاری بیمارستان، ترخیص، ارسال مستندات به بیمه ها و کسورات بیمه ای اعمال شده توسط سازمان های بیمه گر، چگونگی چینش و مدیریت نیروها در بخش های پذیرش، ترخیص، و بیمه گری بسیار حائز اهمیت است.

- 1-Keehan SP, Cuckler GA, Sisko AM, Madison AJ, Smith SD, Stone DA, Poisal JA, Wolfe CJ, Lizonitz JM. National health expenditure projections, 2014–24: spending growth faster than recent trends. *Health Affairs*. 2015 Aug 1;34(8):1407-1417.
- ۲-McClellan M. Reforming payments to healthcare providers: The key to slowing healthcare cost growth while improving quality?. *The Journal of Economic Perspectives*. 2011 Apr 1;25(2):69-92.
- ۳- Karimi S, Vesal S, Saeedfar S, Rezayatmand M. The study deductions of insurance bills and presenting suggestions approaches in SeyedAlshohada Hospital. *J Health Info Manag*. 2011; 7: 594-600.
- ۴-Maleki M, et al. Challenges of sustainable public insurance in Iran. *Payesh Journal*; 2010: 9(2): 174-175. [Persian]
- ۵-Tavakoli N, Saqayyan-nezhad S, Rezayatmandi MR, Moshaveri F, Ghaderi I. *Documentation of medical records and insurance deductions imposed by health services Insurance (in Persian)*. *J Health Inform*
- ۶-Safdari R, Sharifian R, Ghazi-saeedi M, Masouri N, Azad-Manjir Z. *Rate and reasons for deductions in Tehran university hospitals (in Persian)*. *Payavard Salamat*. 2011;5(2):61-70.
- ۷-Norooz Sarvestani E, Pour Mohammadi K, Kavooosi Z, Yousefi AR. *The amount and causes insurance deductions of Shohada- e Sarvestan hospital and ways to reduce it by using the techniques of problem solving*. *J Manage Med Inform Sci*. 2015;2(2):122-32
- ۸-National Health Security Office (NHSO): National Health Security Act B.E. 2545 (A.D.2002). Nonthaburi: National Health Security Office (NHSO); 2002
- ۹-Fetter RB, Thompson JD, Mills RE: A system for cost and reimbursement control in hospitals. *Yale J Biol Med* 1976, 49(2):123-136.
- ۱۰-Simborg DW: DRG creep: a new hospital-acquired disease. *N Engl J Med* 1981, 304(26):1602-1604
- ۱۱-Mosadeghrad, A.M. Towards a theory of quality management: an integration of strategic management, quality management and project management. *International Journal of Modelling in Operations Management*, 2012; 2 (1): 89-118.
- ۱۲-Mosadeghrad AM. Verification of a quality management theory: Using a Delphi study. *International journal of health policy and management*, 2013;1(4):261.

با تشکر از حسن توجه شما